



Wohnheim für Auszubildende
des Oberstufenzentrums Havelland
Berliner Allee 6
14662 Friesack

Einwilligungserklärung der/des Personensorgeberechtigten zum alleinigen Arztbesuch und zum alleinigen Antritt des Heimweges vom Wohnheim aus im Krankheitsfall für das Schuljahr 2023/24

Personensorgeberechtigte/r
(Name, Vorname): _____

Nutzer des Wohnheimes
(Name, Vorname): _____

Aktenzeichen: 40 01 WH FR _____

Ich willige ein, dass meine Tochter / mein Sohn im Krankheitsfall allein ohne vorherige Absprache mit uns/mir einen Arzt aufsuchen und sofern erforderlich und der Gesundheitszustand dies erlaubt allein und ohne vorherige Absprache mit uns/mir den Heimweg antreten kann.

Wir belehren unser Kind, dass es sich vor Antritt der Heimreise beim diensthabenden Erzieher im Wohnheim abzumelden hat.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten